

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 19

CHOLÉCYSTITE

AU COURS DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 29 Juillet 1915

PAR

Mlle **MARKOVITCH**

Née à Witebsk (Russie), le 17 mai 1888

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR D'UNIVERSITÉ

(MENTION MÉDECINE)

Examineurs
de la thèse

TÉDENAT, professeur, *président*

CARRIEU, professeur

CABANNES, agrégé

VEDEL, agrégé libre

Assesseurs



MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

3, Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1915



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555617_0001

CHOLÉCYSTITE

AU COURS DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 19

CHOLÉCYSTITE

AU COURS DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 29 Juillet 1915

PAR

Mlle MARKOVITCH

Née à Witebsk (Russie), le 17 mai 1888

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR D'UNIVERSITÉ
(MENTION MÉDECINE)

Examineurs
de la thèse

{	TÉDENAT, professeur, <i>président</i> .	{	<i>Assesseurs</i>
	CARRIEU, professeur.		
	CABANNES, agrégé.		
	VEDEL, agrégé libre.		



MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

3, Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1915



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (*).	DOYEN.
SARDA.	ASSESEUR.
IZARD.	SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique chirurgicale.....	MM. TEDENAT (*).
Clinique médicale	CARRIEU (*).
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (*).
Physique médicale.....	IMBERT (*).
Botanique et histoire naturelle médicales.	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE (*).
Clinique ophtalmologique.....	TRUC (O *).
Chimie médicale.....	VILLE.
Physiologie.....	HEDON.
Histologie.....	VIALLETON.
Pathologie interne.....	DUCAMP.
Anatomie.....	GILIS (*).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	ESTOR.
Microbiologie.....	RODET.
Médecine légale et toxicologie.....	SARDA.
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL (*).
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOSC.
Hygiène.....	BERTIN-SANS (H).
Clinique médicale.....	RAUZIER (*).
Clinique obstétricale.....	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale.....	VIRES.
Anatomie pathologique.....	MASSABAU.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (*), HAMELIN (*), GRASSET (O *).

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique.....	MM. DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements	PUECH, prof.-adjoint.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURET, prof.-adj.
Pathologie externe.....	LAPEYRE, agr. l. (ch. de c.)
Clinique des maladies des voies urinaires...	JEANBRAU (*), a. l. (ch. dec.)
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées...	VEDEL, agr. l. (ch. de c.)
Médecine opératoire.....	SOUBEYRAN, a. l. (ch. dec.)
Clinique annexe des maladies des vieillards.	EUZIERE, agrégé.
Accouchements	P. DELMAS, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. CABANNES.	MM. ROGER.
GRYNFELT.	DERRIEN.	ETIENNE.
LAGRIFFOUL.	P. DELMAS.	LISBONNE.
LEENHARDT.	EUZIERE.	
GAUSSEL.	J. DELMAS.	
RICHE.	RIMBAUD.	

Examineurs de la thèse :

MM. TEDENAT, professeur, <i>président</i> .	MM. CABANNES, agrégé.
CARRIEU, professeur.	VEDEL, agrégé libre.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A MON PÈRE

Faible témoignage de ma reconnaissance.

A MA MÈRE

Sa tendresse éclairée, l'inaltérable confiance qu'elle voulait avoir en moi, m'ont guidée et soutenue dans mes études universitaires. Nous lui devons tout, nous ne l'oublierons jamais.

A MES FRÈRES ET A MES SŒURS

MARKOVITCH.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR TÉDENAT

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A L'UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

A MON JURY DE THÈSE

EDITIONS

MARKOVITCH.

Notre scolarité médicale s'achève, l'heure du départ approche, nous ne saurions quitter les maîtres qui nous ont instruite, sans leur apporter l'hommage de notre reconnaissance et de notre respectueuse affection.

Nous trouvons les mots insuffisants pour remercier notre distingué maître, M. le professeur Tédénat, de l'affectueux intérêt et des nombreuses marques de sympathie qu'il nous a témoignés. Il ne nous a ménagé ni son temps, ni ses conseils. Enfin, M. le professeur Tédénat, après nous avoir inspiré le sujet de notre travail, a bien voulu présider notre jury de thèse. C'est un honneur auquel nous sommes très sensible et dont nous lui sommes profondément reconnaissante.

Nous n'oublierons jamais la bienveillance que M. le professeur Carrieu nous a témoignée et de l'honneur qu'il nous a fait en acceptant d'être de nos juges. Nous aimerons toujours à nous rappeler le temps passé dans son service, où, non seulement, il nous a enseigné la médecine, mais où il nous a donné un exemple de bonté et de souci constant des malades.

Nous sommes particulièrement reconnaissante à M. le professeur agrégé Vedel, qui a bien voulu faire partie de notre jury de thèse.

A M. le professeur-agrégé Cabannes, dont les leçons si pratiques sont d'un précieux secours aux étudiants, nous adressons nos remerciements.

Nous nous en voudrions d'oublier M. le professeur Vallois qui nous a guidée, dans son service, de ses conseils mûris par une longue expérience, pendant le temps que nous avons eu l'honneur d'être admise à remplir les fonctions d'externe. Nous sommes heureuse de lui adresser ici nos respectueux et sincères remerciements.

A M. le professeur agrégé Lagriffoul, qui, soit au cours de microbiologie, soit aux consultations de l'Hôpital Général, fut pour nous un guide très sûr et très bienveillant, nous adressons avec l'expression de notre gratitude, l'assurance de notre sympathie.

CHOLÉCYSTITE

AU COURS DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE

INTRODUCTION

L'inflammation de la vésicule biliaire est consécutive à la présence de germes parmi lesquels le bacille d'Eberth, le colibacille pneumocoque sont les plus fréquents, ainsi que cela était démontré pour les travaux parus depuis une vingtaine d'années. Nous nous occuperons uniquement de la cholécystite typhique, laquelle se présente avec une grande fréquence. D'ailleurs, on ne peut apprécier exactement le rôle important du bacille d'Eberth que si on tient compte non seulement de la fièvre typhoïde ordinaire, mais aussi de toutes les modalités d'infection éberthienne (fièvre muqueuse, synoque, et une foule d'embarras gastriques qui ne sont pas toujours rapportés à leur véritable cause, qui est souvent l'infection par l'Eberth).

Nous nous proposons de décrire d'une façon succincte le mode d'action du bacille d'Eberth et les diverses modalités anatomiques et cliniques de l'infection par ce bacille de la vésicule biliaire.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

En 1889, Bernheim, un des premiers, appela l'attention sur la fréquence des coliques hépatiques après la fièvre typhoïde. Depuis lors, Dupont a réuni une série de cas, puis Chiari, Masson, Cannac ont appelé l'attention sur la fréquence de complications du côté de la vésicule biliaire au cours et dans la suite de la fièvre typhoïde.

En 1875, Agneu Müller rassemblait 18 observations de cholécystite typhoïdique grave, et Chiari, examinant 22 cas de fièvre typhoïde, trouvait 19 fois le bacille d'Eberth dans la vésicule biliaire, laquelle était plus ou moins altérée dans sa structure.

A l'Episcopal Hospital de Philadelphie, de janvier 1905 à octobre 1907, sur 243 autopsies on trouve 18 fois une cholécystite très nette, et Thomas, de Philadelphie, réunit, dans la littérature médicale, 154 cas de cholécystes dues à la fièvre typhoïde. Aujourd'hui, on sait que le bacille d'Eberth existe dans la bile de la plupart des typhiques et, qui mieux est, qu'il existe dans la bile, dans de petites fièvres qui sévissent par épidémie et qui sont manifestement dues au bacille d'Eberth.

Il est probable que de ce nombre est la maladie de Weil. On sait que le bacille d'Eberth persiste longtemps dans la bile de la vésicule en y conservant ses propriétés pathogènes.

Les exemples dans lesquels on le rencontre, plusieurs années après la maladie, sont nombreux. Nous en citerons quelques-uns.

Chez une malade, du service de Chauffard, des accidents de cholécystite éclatent au cours d'une fièvre typhoïde, puis s'apaisent. Au bout de six ans, ces accidents réapparaissent et s'aggravent au point de nécessiter une cholécystectomie. L'opération est pratiquée par Quénu à l'hôpital Cochin. On retrouve le bacille d'Eberth dans le contenu de la vésicule.

Le bacille retrouvé 7 ans après dans le cas de Müller ;

8 ans après dans le cas de Cannac ;

46 ans après dans le cas de Buschke.

Dans un cas, opéré par M. le professeur Tédénat, on trouva, avec trois gros calculs, de la bile contenant des bacilles d'Eberth. Cette malade, âgée de 63 ans, avait eu la fièvre typhoïde à 21 ans et souffrait dès lors de prétendue gastralgie, qui survenait plusieurs fois par mois. Trois mois avant l'opération de cholécystectomie (novembre 1910), la fièvre et les douleurs à l'épigastre étaient devenues continues et nécessitaient l'ablation de la vésicule. Jamais cette malade n'avait eu d'ictère, et depuis l'opération elle jouit d'une excellente santé.

Le fait que le bacille d'Eberth peut vivre un temps très long dans la vésicule explique peut-être sa longue persistance dans les matières fécales de nombreux individus, jadis atteints de fièvre typhoïde. Il est possible que ce porteur de bacilles le recèle surtout dans la vésicule biliaire. On sait que certains individus rendent des matières fécales riches en bacilles, pendant une longue série d'années, au cours desquelles ils ont pu infecter plusieurs maisons où ils étaient employés comme valets de chambre, cuisiniers, etc.

Ces sujets méritent d'être dépistés, car ils constituent un danger public, surtout quand ils sont employés dans des hôtels, dans des restaurants, dans des pensionnats de jeunes gens. Mais est-on autorisé à proposer l'ablation de leur vésicule, ainsi que l'a conseillé Forster ? (1). Nous ne le pouvons pas pour des raisons principales : la première, c'est qu'il n'est pas certain que la vésicule soit le seul lieu de logement et de multiplication du bacille ; la seconde est que divers agents, dont l'étude a été faite au cours de ces dernières années, sont peut-être susceptibles de détruire les bacilles de la vésicule. Nous citerons le salicylate de soude et surtout l'urotropine. D'ailleurs, en se plaçant au point de vue social, a-t-on le droit, pour une question d'hygiène publique même importante, d'imposer une opération qui n'est pas sans gravité ?

Nous devons nous demander par quelle voie le bacille d'Eberth arrive dans la vésicule biliaire ?

Trois voies *a priori* sont possibles :

I. Par la voie ascendante : le bacille remontant du duodénum par le cholédoque et le cystique jusqu'à la vésicule.

II. Par la voie sanguine, et ici il y a à distinguer la la voie porte et la voie artère hépatique.

„Nous nous contenterons de résumer rapidement ce que l'on sait sur cette question qui n'a pas d'ailleurs une importance clinique.

1° *Infection canaliculaire ascendante.*— D'après cette théorie, les microbes habituels ou pathologiques du duodé-

(1) *Munchner med. Wochenschrift*, 1908.

num remonteraient par l'ampoule de Water dans le cholédoque et envahiraient les voies biliaires principales ou accessoires.

On sait par les travaux de Duclaux, de Netter, de Gilbert et Girode, que le *bacterium coli*, le staphylocoque, le streptocoque existent normalement dans l'ampoule de Water et ne remontent jamais bien haut dans le cholédoque. La bile de l'ampoule et de la partie supérieure du cholédoque est habituellement stérile. Mais elle forme le bouillon de culture relativement bon. Si les microbes ne remontent pas, c'est qu'ils sont chassés par le cours de la bile. On comprend dès lors que toutes les fois que le courant biliaire est gêné par le rétrécissement inflammatoire, par des tumeurs, par des déviations, par des calculs, les microbes puissent se multiplier dans la bile stagnante. Souvent, c'est l'inflammation qui provoque la stagnation de la bile et celle-ci est facteur de culture microbienne dans le liquide biliaire et d'infection plus ou moins intense. La bile, dans ces conditions, devient septique. Mais, à l'état normal, elle l'est fort peu, et ils ne sont pas rares les cas dans lesquels la rupture traumatique de la vésicule biliaire n'entraîne que des phénomènes inflammatoires peu intenses et parfaitement localisés. Quant à l'action bactéricide, qu'on a attribuée jadis à la bile, elle est à peu près nulle, ainsi que l'ont démontré des expériences de Charrin et Roger, de Wignal, d'Etienne, qui ont vu le colibacille, le staphylocoque doré, le pneumocoque, cultivés parfaitement dans la bile normale. Pour ce qui est du bacille d'Eberth, nous avons vu qu'il vit fort longtemps dans la vésicule biliaire sans produire des altérations appréciables.

Voie sanguine. — Quénu et Duval ont bien montré où

en est la question de l'infection par voie sanguine (*Société internationale de Chirurgie*, 1908).

L'infection du foie par le système porte est connu depuis longtemps. Les microbes pénètrent par des érosions, des ulcérations de la muqueuse intestinale et produisent des inflammations scléreuses ou des abcès, de la dysenterie dans l'entérite de Peichot, dans l'appendicite.

Lartigau lie le cholédoque chez un animal, le nourrit avec bacille pyocyanique et retrouve ce bacille dans la vésicule.

Sergent, Gilbert et Lyon inoculent le bacille de Koch par voie portale après la ligature du cholédoque et le retrouvent dans la bile. Dans toutes ces expériences, un facteur important est la rétention de la bile grâce à la ligature du canal cholédoque. On comprend qu'une obstruction analogue, mais pourtant complète, puisse être produite par une inflammation de la muqueuse du cholédoque, par ulcération au niveau de son embouchure dans le duodénum et, mieux encore, par un calcul biliaire enclavé sur le trajet du canal cholédoque ou canal cystique. Ainsi s'explique l'infection de la vésicule biliaire et des voies biliaires intrahépatiques, qui viennent compliquer l'arrêt d'un calcul au point que nous venons d'indiquer. Mais ce mécanisme s'applique moins au bacille d'Eberth qu'aux agents infectieux, tels que le colibacille, le pneumocoque et les divers microbes de la dysenterie.

La théorie de l'infection sanguine artérielle, réservée autrefois presque uniquement aux abcès de la pyohémie tend à prendre, à l'heure actuelle, une importance de premier ordre. Elle est basée sur des faits expérimentaux et des constatations anatomo-cliniques d'une très grande valeur.

Des expériences entreprises avec divers microbes, notamment avec le bacille d'Eberth, ont montré que ces microbes, après une inoculation intra-veineuse, passaient dans les voies biliaires et y déterminaient des lésions de gravité variable.

L'intensité des lésions dépend de plusieurs facteurs :

1° De la résistance individuelle, dont le mécanisme et la cause nous échappent ;

2° De la dose injectée et de la virulence variable de la culture ;

3° De l'état antérieur des voies biliaires. On constate, en effet, et d'ailleurs les expériences ci-dessus citées le font entrevoir, que toute cause favorisant la stagnation rendra plus intense l'action pathogène du bacille. Dans la fièvre typhoïde, il ne s'agit pas d'une infection primitive et, pendant un temps plus ou moins long, de localiser un intestin. Il s'agit d'une bacillémie qui se localisera avec une intensité variable, tantôt sur les plaques de Peyer, tantôt dans les amygdales ; d'autres fois, dans les os ; enfin, d'autres fois, dans le foie et l'appareil excréteur de la bile.

Ce qui est vrai surtout pour le bacille d'Eberth l'est aussi pour le staphylocoque, le pneumocoque et autres agents infectieux. Pour le pneumocoque, en particulier, il est des épidémies, il est, peut-être, des races microbiennes qui frappent d'une façon plus ou moins intense sur l'appareil hépato-biliaire. Ce que les vieux médecins disaient en se basant sur les faits cliniques, les expériences de laboratoire ont, en grande partie, permis de l'établir.

FORMES ANATOMO-CLINIQUES

Les formes anatomiques et cliniques de la cholécystite éberthienne varient avec la virulence du bacille, seul ou associé à d'autres microorganismes (staphylocoque, colibacille, streptocoque) et, enfin, avec la résistance du sujet. Il faut aussi mettre en ligne de compte l'état antérieur de la vésicule et de l'appareil hépatique tout entier. Certainement, l'existence antérieure de lithias biliaire joue un rôle considérable et peut aggraver singulièrement l'infection éberthienne. On doit, tout d'abord, indiquer qu'il est bien établi par l'observation anatomique et clinique que la bile, au cours de la fièvre typhoïde, contient souvent des bacilles sans qu'il y ait la moindre lésion de cholécystite, et qu'ils peuvent y persister des mois et des années, sans provoquer de l'inflammation (Girode, Da Costa).

On conçoit donc que les formes anatomo-cliniques dans la cholécystite typhoïdique varient considérablement. Beaucoup, certainement, passent presque inaperçues, signalées seulement par quelques douleurs dans la région supérieure droite de l'abdomen et par un peu de fièvre. On accuse alors une rechute attribuée à l'alimentation. D'autres fois, on mettra douleur et fièvre au compte d'une poussée d'appendicite, surtout s'il y a quelques vomissements.

Habituellement, c'est vers la troisième ou quatrième semaine que survient la cholécystite, mais elle peut être retardée de plusieurs mois, d'un an, et on peut alors trouver des bacilles en culture pure. On sait aussi que des formes très légères, très bénignes d'infection éberthienne ne peuvent se compliquer de cholécystite, habituellement alors sous forme discrète et atténuée. Ces formes sont un facteur fréquent de lithiasc vésiculaire (Da Costa). En se plaçant au point de vue clinique, on peut décrire les variétés suivantes.

Cholécystite catarrhale (Robson, Da Costa). — La muqueuse est congestionnée, épaissie, plissée. L'augmentation de volume des saillies normales peut amener l'occlusion du col, d'où la rétention du mucus épais, gluant, qui obstrue le col. La vésicule se contractant pour chasser les bouchons du mucus, il survient des douleurs plus ou moins violentes, des coliques hépatiques difficiles à différencier des coliques lithiasiques.

La sécrétion retenue peut distendre la vésicule jusqu'à la rendre palpable. Il est rare que l'inflammation catarrhale détermine des adhérences périvésiculaires (Robson). Cela explique pourquoi la pression est peu ou point douloureuse. L'ictère est rare et ne survient que s'il y a un certain degré de cholédocite ou angiocholite.

Les poussées de cholédocystite catarrhale durent quelques jours et cèdent ordinairement au traitement médical: purgatif salin, diète, repos au lit, enveloppement de Presnitz.

On a montré que le salicylate de soude, en s'éliminant par les voies biliaires, aseptise et fluidifie la bile, que l'urotropine est un excellent antiseptique des voies biliaires. On les emploiera l'un et l'autre à la dose de 2 à 4 gram-

mes de salicylate et de 1 à 2 grammes d'urotropine associés en cachets ou en solution (Chauffard). Il est bon de faire un traitement suivi pour éviter les rechutes ou le passage à l'état chronique, qui prédispose à la formation de calculs.

On sait qu'en Allemagne on a admis que le dépôt de calculs cholestériniques se faisait sous l'influence d'une infection chronique légère, le dépôt se produisant autour du noyau fourni par des cellules épithéliales desquamées. Cela est contestable, mais les travaux de Chauffard ont montré que le sang apporté au foie par la veine porte contenait une proportion plus grande de cholestérine. Ce fait cadre avec la notion d'influence diathésique toujours en honneur dans l'Ecole française. Si la vésicule persiste distendue, il faudrait pratiquer la cholécystectomie avec drainage pendant huit à quinze jours. L'opération est bénigne dans ces cas et donne des guérisons durables (Da Costa, Mayo Robson, Mayo frères).

Cholécystite suppurée. — On peut recueillir du pus dans la vésicule sans qu'il y ait de grosses lésions de la paroi. On a ainsi une sorte de cholécystite suppurée catarrhale ou, comme on l'a encore appelée, empyème simple de la vésicule. Dans ces cas, la fièvre est peu élevée. Elle persiste pendant quelques jours, deux septenaires au maximum. La douleur est plutôt distensive que lancinante. Il peut y avoir un certain degré de réaction péritonéale avec vomissements, résistance musculaire de la partie supérieure de l'abdomen, surtout à droite. Par l'exploration, on peut sentir la vésicule plus ou moins distendue.

La cholécystite catarrho-purulente peut acquérir des dimensions énormes.

Dans un cas, Terrier évacua 26 litres.

Dans un autre cas, Collindsehn 18 litres. (*Bist. Medic. journ.*, 1909).

L'observation suivante est un exemple remarquable de l'abondance de l'épanchement dans certains cas de ces cholécystites.

OBSERVATION PREMIÈRE

(Due à l'obligeance de M. le professeur Tédénat.)

Jules P. . . , 40 ans, agent-voyer à Lodève, fortement constitué et toujours bien portant, a une fièvre typhoïde légère, en mai 1888. Trois semaines après, il se rend à Saint-Pons. Le 10 juin, il éprouve une douleur épigastrique irradiant dans tout le côté droit du thorax. Il a des nausées, des vomissements.

Dix ans plus tard, le docteur Granel constate une tuméfaction considérable soulevant l'espace sous-costal droit. La fièvre modérée, la douleur spontanée ou à la pression peu marquée.

Le 25 juin, M. le professeur Tédénat, appelé, voit le malade. Le pouls est à 100, la température à 37°5. Un peu de pâleur sans ictère, une tumeur fluctuante, à bord inférieur arrondi, arrive à deux travers de doigt au-dessus de l'arcade crurale droite et, par en haut, dépasse la ligne blanche, à gauche, de trois travers de doigt.

Séance tenante, incision de dix centimètres sur la partie inférieure de la tumeur. C'est la vésicule très distendue qui est fixée par un surjet au catgut au péritoine pariétal.

L'incision de la vésicule donne issue à douze litres de liquide purulent avec des stries de bile très rares. Le doigt, introduit dans la cavité de la vésicule, ne constate aucune concrétion calculieuse. Deux drains sont mis à demeure. On les enlève au bout de dix jours.

Dix jours plus tard, la guérison était complète. Ce malade n'avait jamais eu antérieurement ni ictère, ni coliques hépatiques et

ne souffrit jamais de sa vésicule pendant les dix années qu'il survécut à cette opération. Il succomba alors à une broncho-pneumonie.

OBSERVATION II

(Due à l'obligeance de M. le professeur Tédénat.)

Enorme empyème de la vésicule biliaire. Dix litres chez une jeune fille à la troisième semaine d'une convalescence de la fièvre typhoïde.

Le docteur Nourrigat soigna, à Sigeon (Aude), d'une fièvre typhoïde légère une jeune fille de 18 ans. La convalescence s'établit régulièrement au vingt troisième jour. Elle évoluait normalement lorsque, à la troisième semaine de la convalescence, elle eut de violentes douleurs dans l'hypocondre droit, dans la région postérieure droite du thorax, avec de la fièvre, des nausées, quelques rares vomissements et un ballonnement accentué du ventre.

Après trois ou quatre jours, ces douleurs diminuèrent beaucoup et le palper permit de constater une tumeur volumineuse qui atteignait l'arcade crurale.

M. le professeur Tédénat, appelé, diagnostiqua une cholécystite avec rétention. La tumeur, en effet, était puriforme, remplissant tout le flanc droit et dépassant un peu la ligne médiane à gauche.

Cholécystostomie qui donna issue à dix ou onze litres de mucopus clair et, à la fin, il y eut un peu de bile. Drainage. La suppuration était tarie au bout de douze jours et la malade était totalement guérie. Un mois après, intervention chirurgicale.

M. le professeur Tédénat l'a revue deux ans plus tard et put constater l'absence de toute tumeur et de toutes douleurs dans la région de la vésicule.

Mayo Robson cite plusieurs exemples de grosses vésicules atteintes de cholécystite à mucopus clair et il insiste sur ce fait que les douleurs sont plus bénignes que

dans la lithiase biliaire, que les adhérences sont plus rares, et que la cholécystostomie, avec drainage pendant une ou deux semaines, suffit pour assurer la guérison.

Dans son *Traité des maladies du foie et des voies biliaires*, Waring cite l'observation d'une cholécyste qui remplissait toute la moitié droite de l'abdomen et se prolongeait, en saillie du volume du poing, dans le sac d'une hernie crurale.

Quelquefois, il a des poussées successives d'empyème de la vésicule biliaire, la tumeur dépasse les fausses côtes de quatre à cinq travers de doigt. Elle est tendue, s'accompagne de coliques moins pénibles que celle de la lithiase, mais un peu plus persistantes. Au bout de huit, quinze ou vingt jours, la tumeur diminue; puis, une nouvelle crise survient. mais la tumeur est moins volumineuse qu'à la crise précédente.

Après plusieurs crises analogues de *recurrent cholecystitis* (Mayo Robson), la paroi épaissie se rétracte. Des adhérences surviennent et alors le malade est exposé à la formation de calculs. Dans ce cas-là, Mayo Robson et Moynihan conseillent de pratiquer la cholécystostomie sans attendre que le processus de sclérose soit trop avancé, parce que quand il a atteint un degré considérable, l'ablation de la vésicule s'impose.

Or, la cholécystostomie faite de bonne heure donne des guérisons durables avec une mortalité de 1 à 2 pour cent (Frères Mayo Robson, Moynihan), tandis que la cholécystectomie donne une mortalité double chez la femme et trois ou quatre fois plus grande chez l'homme.

OBSERVATION III

(Par P.-L. Legendre. Bull. de la Soc. méd. de Paris. Séance du 12 mars 1881.)

Accidents péritonitiques consécutifs à une cholécystite suppurée avec perforation de la vésicule biliaire au début d'une fièvre typhoïde.

Sarah L..., couturière, âgée de 30 ans, entre, le 28 février 1881, dans le service annexe de l'hôpital Cochin.

Cette femme a soigné, il y a un mois, sa petite-fille, atteinte d'une fièvre typhoïde ; l'enfant entraînait dans la convalescence, lorsque la mère éprouva un malaise assez marqué pendant une huitaine de jours ; elle se sentait courbaturée, sans appétit, dormait peu et mal. Ses règles vinrent plus abondamment que de coutume, mais elle n'eut pas d'épistaxis.

Tout d'un coup, huit jours avant son entrée, elle éprouva, un matin, de violentes douleurs abdominales et des nausées, qui furent suivies de vomissements abondants, verdâtres et très amers. Elle s'alita, et, depuis lors, la fièvre ne l'a pas quittée ; elle ne mange pas, vomit souvent et souffre d'une soif ardente.

Elle a, depuis hier, une diarrhée jaune, liquide, fétide et très abondante, elle entend continuellement des sifflements et des bourdonnements, et, quand elle s'assied sur son lit, elle est prise de vertiges. Le ventre est ballonné, douloureux à la pression, surtout à droite et à la partie supérieure. Dans la région lombaire, quelques taches rosées lenticulaires. T. A. 40°.

1^{er} mars. — Même état, Vomissements porracés assez fréquents. Céphalalgie intense ; vives douleurs dans l'abdomen : hyperesthésie modérée de la paroi. T. A. M. 39°9. Le diagnostic porté est : fièvre typhoïde avec accidents péritonitiques par propagation des plaques de Peyer. — Traitement : onctions avec onguent napolitain. Sangsues. Extrait de quinquina, limonade vineuse glacée. Soir : T. A. 39°6.

2 mars. — Moindre douleur dans le ventre, mais persistance des autres symptômes. Langue sèche. Vomissements et diarrhée. Parole traînante et subdélire. T. matin, 39°4 ; soir, 39°6.

3 mars. — Même état, plus un peu de dyspnée ; peu de ronchus dans la poitrine. T. 30°7 et 40°1.

4 mars. — Facies grippé. Recrudescence de douleurs et de vomissements. Dyspnée extrême, refroidissement des extrémités, sueurs abondantes. Mort dans la nuit.

Autopsie trente heures après la mort. — Distension des anses intestinales par les gaz, pus dans la cavité péritonéale, surtout abondant dans la région de l'hypocondre droit, où se trouvent des fausses membranes récentes, et une vive rougeur du péritoïne pariétal. Le pus s'écoule d'une perforation lenticulaire à bords irréguliers, située au fond de la vésicule biliaire. Celle-ci est pleine de pus et renferme trois calculs de la grosseur d'une noisette et d'aspect mûriforme.

L'estomac et le côlon présentent une friabilité extrême. La muqueuse stomacale est le siège d'une rougeur violacée, ecchymotique, exulcérée en quelques points. Tous les éléments lymphoïdes, isolés ou agminés d'un bout à l'autre du tube digestif, sont tuméfiés, infiltrés, mais sans ulcération. Les plaques de Peyer sont volumineuses, turgescents et molles. Psorentérie confluyente dans le gros intestin et jusque dans le rectum. Le foie est volumineux, un peu mou, sans lésions apparentes.

La rate volumineuse, de consistance plutôt ferme, les ganglions mésentériques sont friables. Les poumons sont modérément congestionnés. Comme nous voyons, cette malade a succombé à une péritonite consécutive à la perforation de la vésicule biliaire enflammée.

OBSERVATION IV

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Tédénat.)

Cholécystite calculeuse d'origine éberthienne. — Adhérences pyloro-duodéno-cystiques avec syndrome pylorique. — Opération. — Ouverture de la vésicule impossible à disséquer. — Drainage. — Gastroentérostomie postérieure. — Résultats opératoires excellents. — Injection d'huile d'olive stérilisée.

S..., 22 ans, entre à la villa Fournier, n° 10, le 6 juin 1914, pour troubles digestifs se traduisant surtout par des vomissements.

Le début de la maladie paraît remonter à deux ans environ. Le malade avait auparavant une santé parfaite. Il eut, il y a deux ans, une fièvre typhoïde, avec rechute quelque temps après. Depuis cette dothiéntérie, il est apparu des phénomènes paroxystiques douloureux, se traduisant par une sensation très vive et pénible au niveau de la région vésiculaire, en même temps fièvre précédée ou non de frissons (39°-40°). Cette crise durait trois à quatre jours, puis tout rentrait dans l'ordre. Elle se reproduisait à peu près tous les mois, avec les mêmes caractères (douleur vésiculaire, fièvre). En tout sept à huit mois. La dernière a été la plus forte. Elle eut lieu en juillet dernier (onze mois). Elle se traduisait par un ictère qui persista une quinzaine de jours ; ictère fébrile, avec décoloration des fèces et pigments biliaires dans les urines.

Depuis cet ictère, il ne s'est plus produit de crise vésiculaire, mais il s'est surajouté des troubles gastriques. L'appétit est diminué, la langue est saburrale ; les saveurs sont mal définies. Quatre petits repas par jour, constitués par du lait, des purées, des œufs.

Les digestions sont incomplètes : sensation continuelle de pesanteur gastrique ; pas de douleur vive. La journée est calme, mais, le soir, — l'on peut dire chaque soir, — trois à quatre heures après le dernier repas, le malade rend en trois ou quatre gorgées, sans gros efforts, les liquides ingérés dans la journée. Ce vomissement est donc unique et copieux ; il ne renferme pas de sang, mais un liquide jaunâtre, bilieux, d'odeur forte, dans lequel on voit du lait caillé.

En plus, les fonctions intestinales sont lentes et il y a une constipation habituelle.

Les urines sont peu abondantes en raison de la trop légère alimentation.

L'état général est fortement amaigri et, au dire des parents, l'amaigrissement de 30 kilos. en deux ans.

A l'examen, la langue est saburrale.

La région épigastrique ne présente rien de particulier à l'inspection. La palpation fait sentir nettement le cordon de l'estomac, qui descend jusqu'à l'ombilic. On détermine le clapotement à n'importe quel moment de la journée.

La région pylorique ne présente rien de particulier.

La région vésiculaire n'est pas douloureuse. On ne perçoit pas le fond de la vésicule.

L'examen radioscopique montre un estomac à limite inférieure très abaissée ; le contenu bismuthé est encore dans l'estomac huit heures après l'ingestion.

A. R., rien.

A. C., pouls lent à 60, régulier, un peu mou.

En somme, il s'agit d'un syndrome pylorique par obstacle au passage du chyme à travers l'orifice terminal de l'estomac.

Cet obstacle semble être une bride d'adhérence inflammatoire secondaire à la cholécystite éberthienne.

Le 8, lavage de l'estomac. Depuis deux jours, on fait des injections de 40 centimètres cubes d'huile d'olive stérilisée dans la fesse. Les piqûres sont bien supportées et l'état des forces paraît meilleur.

Le 9, deuxième lavage.

Anesthésie à l'éther goutte à goutte.

Laparotomie médiane susombilicale. L'estomac apparaît dilaté. Des adhérences intimes à la portion terminale de la face inférieure du foie. La vésicule biliaire est enfouie dans ces adhérences, elle est petite et sa palpation fait sentir des calculs, mais il est impossible de libérer sa paroi des adhérences gastrocystohépatiques.

Elles sont très épaisses, atteignant le bord antérieur du foie. le duodénum, le pylore

M. le professeur Tédénat essaie de les dissocier avec la sonde cannelée, de les disséquer au bistouri. Elles résistaient à la façon d'une forte aponévrose. La vésicule est enfouie sous ces adhérences. Elle est légèrement décollée et ouverte. Il en sort une vingtaine de calculs (grains de blé, grains de maïs) et une foule de petits (grains de millet, et même moins).

M. le professeur Tédénat extirpe toute la muqueuse de la vésicule jusqu'au canal cystique et fait un surjet capitonnant la vésicule peu volumineuse. Après quoi, il pratique la gastroentérostomie. Celle-ci se fait régulièrement et dans des conditions assez bonnes, quoique l'estomac ait une paroi friable. La paroi postérieure de l'estomac, à travers le méso-colon transverse, est accolée à la partie initiale du jéjunum.

On reconstitue la paroi abdominale pour suturer ces trois plans

après avoir drainé, avec une gaze ordinaire, la région hépatocystique.

Pansement.

On fait dans la journée une injection de 40 centimètres cubes d'huile d'olive stérilisée, à laquelle on ajoute 0,20 centigr. de camphre.

On donne trois lavements de strychnine à garder.

Le 10, l'état général paraît meilleur qu'avant l'opération. Température 37°5. Pouls 90. Pas de vomissements. Pas de gaz.

Le 11, le malade se sent bien. Bon pouls.

Le 12, un pansement. On enlève la gaze iodoformée qui faisait drainage. La cicatrice a bon aspect.

Le 17, on enlève le fil. Cicatrice très bonne

Le 18, le malade peut se lever et s'asseoir dans un fauteuil. Les forces reviennent à vue d'œil. On continue les piqûres d'huile d'olive (20 centimètres cubes par jour). L'alimentation qui, les deux premiers jours, était constituée par de l'eau alcaline et de l'eau sucrée (une cuillerée de temps en temps), s'étend rapidement au lait, puis au potage, aux œufs, aux fruits cuits.

Les digestions sont excellentes et le malade dit continuellement qu'il a faim.

Le 25, le malade sort de l'hôpital en très bonne santé.

M. le professeur Tédénat a reçu souvent des nouvelles du malade qui, au mois de mai 1915, avait gagné 25 kilos, mangeant et digérant les aliments de la table de famille.

Dans cette observation, on voit la rapidité avec laquelle se forment les calculs à la suite de certaines cholécystites. Ici, il s'agissait d'une inflammation septique, qui a déterminé la formation d'un grand nombre de petites concrétions calculeuses.

Chauffard a bien montré que les calculs multipliés et à formation rapide sont surtout l'effet d'un état infectieux plus ou moins net, mais d'influence très précieuse, tandis que les calculs volumineux solitaires ou peu nombreux peuvent être aseptiques et se produisent sous l'influence d'une action diathésique prédominante.

OBSERVATION V

(Due à l'obligeance de M. le professeur Tédénat.)

Cholécyste hématique survenue au cours de la convalescence d'une fièvre typhoïde. — Cholécystectomie. — Guérison.

Fulcrand Aub., 38 ans, cocher, à toujours joui d'une excellente santé. Fortement constitué, non alcoolique. Fièvre typhoïde assez grave, du 15 avril au 23 mai 1895. Il se nourrissait bien, reprenait des forces, n'avait plus de température depuis une vingtaine de jours, quand, le 20 juin, il éprouve une vive douleur dans la région supérieure de l'abdomen. Elle dure cinq ou six heures et cède à deux injections de morphine, s'accompagne de deux vomissements.

Le 21 juin, douleur ténue dans l'hypocondre droit. On sent la vésicule distendue; le pouls est à 100; la température à 38 et 38°4.

Le 22 juin, la vésicule dépasse le rebord costal de cinq travers de doigt. Elle est tendue, peu douloureuse à la pression exploratrice. Endolorissement vague de la région épigastrique, de l'hypocondre droit, de la région scapulaire; pas d'ictère. Anorexie. Pressnitz abdominal, boissons alcalines.

Le 25 juin, même état, avec peut-être un peu plus de tension de la vésicule et, dans la matinée, une véritable crise de coliques hépatiques qui a duré une heure, peu violente, et terminée par des vomissements. La température oscille entre 37°8 et 38°4, le pouls est à 90-116. Teint pâle, non vraiment ictérique.

2 juillet. Depuis le 25 juin, le malade éprouve plusieurs fois par jour, surtout après avoir pris du lait ou tout autre aliment, des crises de coliques hépatiques légères. Le selles sont noirâtres. La vésicule garde toujours le même volume et est peu douloureuse sous la pression d'exploration.

3 juillet. Anesthésie à l'éther. Incision de Bevan. Légères adhérences autour de la vésicule. Après application de compresses, la vésicule est incisée. Elle est remplie de sang noir en petits caillots qui sont extraits par pression et par décollement avec le doigt. Alors du sang coule, assez clair; l'hémorragie a lieu peu abon-

dante, mais tenace. M. Tédénat se décide à pratiquer l'ablation de la vésicule. Il la bourre de gaze stérilisée, la décolle facilement. L'ablation en est facile. Un gros drain est appliqué contre la section du canal cystique, flanqué d'une mèche de gaze iodoformée. Avant la section, le cholédoque a été exploré, il ne contient pas de calculs.

10 juillet. Les suites opératoires ont été simples, sans complications d'aucune espèce. Le drain a été supprimé le 8 juillet. Pas de suppuration, pas de fistule biliaire.

12 juillet. Les points de suture sont enlevés. Réunion *per primam*.

15 juillet. Le trajet du drain est cicatrisé.

Depuis l'opération, Fulcrand Aub. jouissait d'une excellente santé, quand, cinq ans après, il succomba à une hernie étranglée opérée au huitième jour (gangrène de l'anse herniée).

L'examen de la vésicule montra, vers le fond, une ulcération de deux centimètres en carré, avec des vaisseaux dilatés sur le pourtour de l'ulcération. Pas de calculs biliaires.

Les cholécystites hémorragiques sont rares et les auteurs en font à peine mention. Nous ferons remarquer que le bacille d'Eberth produit parfois des pleurésies hémorragiques, des hémarthroses. M. Tédénat a étudié les périostites hémorragiques à la suite de la fièvre typhoïde (1) et le professeur Chantemesse a découvert, dans l'exsudat sanguin sous-périostique, le bacille d'Eberth. Il est possible que la cholécystite hémorragique passe inaperçue quand elle est peu durable et ne s'accompagne d'une accumulation de sang suffisante pour distendre la vésicule et produire un hématocholécyste volumineux.

(1) Tédénat, *Montpellier Médical*, 1883.

SYMPTOMATOLOGIE ET DIAGNOSTIC

Nous n'insisterons pas beaucoup sur le diagnostic différentiel de la cholécystite qui accompagne la fièvre typhoïde. Il est contenu dans les pages précédentes. Un peu de douleurs dans la région de l'hypogastre, de l'hypocondre. Parfois, quelques vomissements sont les seuls symptômes de cholécystite muqueuse légère. Elles disparaissent souvent de façon complète au bout de quelques jours.

Elles peuvent aussi passer à l'état chronique et devenir le point de départ de la formation de calculs.

Il y a peut-être, pour la production de la cholélithiase, à invoquer une prédisposition (cholestérinémie de Chauffard), l'influence alimentaire. On sait que l'abus des œufs, très riches en cholestérine, a semblé plus d'une fois être le point de départ de coliques biliaires.

Les formes aiguës mucopurulentes ou purulentes franches se caractérisent par de la fièvre, des douleurs tensives ou lancinantes, et souvent il est difficile de les distinguer d'une appendicite. On sait, du reste, que cholécystite et appendicite coexistent souvent, et le diagnostic différentiel devient par suite très difficile. Il en est ainsi lorsque la réaction péritonéale est intense et qu'elle arrive jusqu'à la péritonite suppurée.

PRONOSTIC

Le pronostic est toujours sérieux et vraiment grave dans les formes suppurées avec péritonite réactionnelle diffuse. Mais il n'est pas sans gravité aussi dans les formes plus bénignes, puisque les malades sont exposés à la production de cholélithiase, qui impose une opération, ou de calculs biliaires avec toutes leurs conséquences sur lesquelles nous n'avons pas à insister ici.

TRAITEMENT

Dans les formes légères, le repos au lit, le régime lacté, le bouillon maigre, les cataplasmes, l'enveloppement de Pressnitz sont indiqués. Des laxatifs, des purgatifs salins et surtout les désinfectants des voies biliaires. Parmi ceux-là, on doit recommander avec Châuffard l'urotropine (2 gr. par 24 heures au maximum), le salicylate de soude (2 à 4 gr.), le benzoate de soude qui, s'éliminant par les voies biliaires, aseptise et fluidifie la bile.

Quand la vésicule est légèrement distendue, il faut insister sur le traitement que nous venons d'indiquer, et si la distension persiste, il faut suivre le conseil de Mayo Robson, de Mogneau, des frères Mayo et pratiquer la cholécystostomie. Un drainage de deux ou trois septenaires procure en général la guérison. Si on attendait la production de lésions graves de la vésicule (sclérose, adhérences), la cholécystectomie pourrait devenir nécessaire.

Enfin, n'oublions pas que le cancer de la vésicule survient souvent à la suite de lithiase ancienne, pour la production de laquelle la cholécystite typhique joue un rôle bien établi dans ces dernières années.

CONCLUSIONS

1° La cholécystite n'est pas rare dans le cours de la fièvre typhoïde et de sa convalescence.

2° Le bacille d'Eberth peut exister pendant longtemps dans la bile de la vésicule et les voies biliaires sans provoquer d'inflammation appréciable.

3° La cholécystite de la fièvre typhoïde peut être bénigne et passagère. Quand elle persiste, elle est une cause puissante de formation de calculs. Mais, il y a aussi une prédisposition qui tient à des influences générales. Dans ces formes légères, le repos, l'hygiène alimentaire, des saisons à Vichy, à Vals, à Brides, rendent de grands services.

Le salicylate de soude, l'urotropine sont des remèdes utiles.

4° Dans les formes accompagnées de dilatation de la vésicule, la cholécystostomie avec drainage permet d'obtenir la guérison sans grand danger résultant de l'opération.

Tantôt il est des formes suppurées et même gangre-

neuses, dont le pronostic est grave et qui impose une intervention chirurgicale, qui sera faite sans retard.

Suivant l'étendue des lésions et l'état général du malade, on pratiquera la cholécystostomie ou la cholécystectomie.

BIBLIOGRAPHIE

- MAYO ROBSON. — Diseases of the Gall-Bladder, 1897. And.
Bile Dicters.
- WARING. — Diseases of the liver. Gall-Bladder, 1897.
- FRÈRES MAYO. — Kiels Surgery, 1908. Vol. III.
- GREY TURNER. — The Liver. Gall-Bladder. In A. Système
of Surgery, 1912.
- PARMENTIER et FOSSARD. — Cholécystite suppurée dans le
cours de fièvre typhoïde. (Soc. méd. des Hôp., 8
juin 1900.)
- LAFON. — Deux cas de cholécystite typhoïd. Montpellier
médical, 1889.
- LEGENDRE. — Accidents péritoniques consécutifs à une cho-
lécystite, au début de la fièvre typhoïde. Société
anatomique, 1881.
- LEJARS. — Les cholécystites typhoïdes suraiguës. Semaine
médicale, 27 juin 1906.
- VEDEL et RIMBAUD. — Cholécystite perforante typhique
précoce. Presse médicale, X^e vol., 1906.
- MIGNOT. — Recherches exp. et anat. sur les cholécystites,
1896.

FAURE et LABEY. — Maladie du foie et des voies biliaires,
in Nouveau traité de chirurgie, 1910.

FORSTER. — Munch. Med. Wochenschrift, 1908.

COLLINDSEHN. — Cholécystite catarrho-purulente. Bist.
med. journ., 1909.

Vu et permis d'imprimer,
Montpellier, le 22 juillet 1915.

P. le Recteur,
Le Vice-Président du Conseil d'Université,
Le professeur de Faculté délégué,
P. GACHON.

Vu et approuvé,
Montpellier, le 22 juillet 1915.

Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admise dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime. Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.
